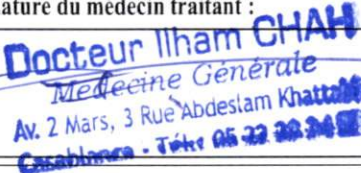


| Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit  |  |
|--|--|
| Nom et prénom :  | MAJAT ED DRISSI  |
| Matricule :  | 9476   |
| N° CIN :   |  |
| Adresse :  | TAMARI'S GREEN C29 SOUMAL TRIFYA   |
| Bénéficiaire de soins :  | <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| Partie réservée au médecin traitant  |  |
| Je soussigne :   | Spécialité :   |
| N° ICE :   | N° INPE :  |
| Certifie que Mlle, Mme, M. :   |  |
| Nécessitant un traitement d'une durée :  | <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie    |
| Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :  |  |
| Diabète  |  |
| Dont ci-joint ordonnance :   |  |
| Traitement prescrit :<br>Diamicro 200 mg   |  |
| Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables   |  |
| Fait à :   | Casa le 15/05/2023   |
| Cachet et signature du médecin traitant :  |  |
| <br><b>Docteur Ilham CHAH</b><br>Médecine Générale<br>Av. 2 Mars, 3 Rue Abdeslam Khattabi<br>Casablanca - Tél: 05 22 22 24 25 |  |

\* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

